TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur J. THOYER-ROZAT

AGRÉGATION DE CHIRURGIE *(Section d'Accouchements)*

CONCOURS DE 1901

TITRES SCIENTIFIQUES

Interne provisoire des hôpitaux de Paris (1896).

Docteur en médecine (1896).

Moniteur à la Clinique d'accouchements de la Faculté depuis le 1er novembre 1896.

Membre de la Société obstétricale de France depuis 1898.

Membre titulaire de la Société d'obstétrique de Paris depuis 1898.

Médecin de la Crèche du XVIIe arrondissement depuis 1898.

ENSEIGNEMENT

Cours élémentaire d'accouchements aux stagiaires de la Clinique Tarnier (septembre 1899; avec M. le Dr Chéron).

Cours complet d'accouchements aux stagiaires du service de M. le Dr Maygrier à la Charité (de décembre 1900 à mars 1901 avec M. le Dr Bouchacourt).

OBSERVATIONS ET MÉMOIRES

Entéro-colite muco-membraneuse et grossesse. Menace d'accouchement prématuré (*Soc. obstétr. de France*, 1901).

Chorée gravidique (in : *Thèse de Delage, Paris*, 1898).

Corps étranger de l'utérus introduit dans un but criminel pendant la grossesse et retrouvé aprés la délivrance (*Soc. obstétr. de France*, 1901).

Applications de forceps faites à la Clinique Tarnier du 1er novembre 1896 au 31 mars 1899 (en collaboration avec M. le Dr L. Dubrisay, *Soc. obstétr. de France*, 1899).

Présentation de piéces provenant d'une femme morte d'embolie consécutive à une phlegmatia alba dolens (en collaboration avec M. le Dr Dubrisay, *Bull. de la Soc. anat.*, janvier 1897).

Rétablissement de la sécrétion lactée chez une nourrice aprés huit semaines d'interruption (*Congrès international de médecine de 1900, sect. d'obstétrique*).

Monstre notencéphale avec ectrodactylie des mains et des pieds. Alcoolisme invétéré chez le pére (planches radiographiques, in : *Bullet. de la Soc. d'obstétr. de Paris*, 1898).

Contribution à l'étude de la prophylaxie de l'ophtalmie

purulente des nouveaux-nés (*Soc. obst. de France*, 1901).

Hygiène du nourrisson (in : *Revue des maladies de la nutrition*, 1897).

La Crèche du XVIIe arrondissement. *Comptes-rendus annuels* 1898-1899-1900 (imp. Chaix).

Abcès rétropharyngiens idiopathiques des enfants (adénite rétropharyngienne aiguë suppurée). Leur fréquence; leur terminaison par la mort subite; leur traitement (*Thèse inaugurale, Paris, 1896*).

Abouchement anormal de l'appendice dans l'iléon (in : *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1893).

Taille hypogastrique chez l'enfant; suture primitive de la vessie. Guérison (in : *Journal des Sciences médicales de Lille*, 1892).

Pieds valgus douloureux des adolescents (in : *Journal des Sciences médicales de Lille*, 1891).

Contribution à l'étude de la valeur digestive des acides (in : *Mémoires de la Société de Biologie*, Paris, 1891).

ANALYSES DES PRINCIPALES PUBLICATIONS

Entéro-colite muco-membraneuse et grossesse.

(Société obstétricale de France 1901).

Les rapports de l'intestin avec la grossesse ont fait l'objet de travaux nombreux depuis les leçons du professeur Bouchard en 1887, les observations et les leçons de notre maître M. le professeur Budin : MM. Lavergne, Le Guern, Dumont, M. le professeur Hergott, M. Demelin et d'autres ont montré les erreurs de diagnostic auxquelles peuvent donner lieu les accidents gastro-intestinaux pendant la grossesse et les suites de couches, et les complications qu'ils peuvent amener du côté de l'utérus gestant et puerpéral.

Nous avons à notre tour rapporté une observation de troubles intestinaux pendant la grossesse, ayant affecté une forme et une allure un peu particulières :

Il s'agit d'une primipare enceinte de 7 mois, pas constipée, ayant eu au contraire de la diarrhée à diverses reprises pendant sa grossesse, et prise subitement de dou-

leurs abdominales. A chaque douleur l'utérus se contracte; le col est en voie d'effacement. Pas de doute sur l'imminence d'un accouchement prématuré. Repos, lavements laudanisés et médication belladonée. Le lendemain mêmes douleurs, fièvre, vomissements; on trouve alors que l'utérus ne se contracte pas à toutes les douleurs, et qu'il existe au-dessus et autour de lui dans la région des colons une zône très douloureuse. On pense à une accumulation de matières fécales, on administre un purgatif salin : évacuation de grandes quantités de paquets mucomembraneux au milieu de très vives douleurs; nouvelles évacuations les jours suivants sous l'influence de nouveaux purgatifs; puis peu à peu tout rentre dans l'ordre, utérus et intestin; la grossesse va ensuite jusqu'à terme.

Ce fait est intéressant à cause de la forme particulière des accidents intestinaux (l'entéro-colite muco-membraneuse ne paraît pas très fréquente au cours de la grossesse) et à cause de l'apparition simultanée des troubles gastro-intestinaux et des phénomènes de début de travail, ceux-ci masquant ceux-là et en rendant le diagnostic difficile.

Peut-être cette entérite muco-membraneuse doit-elle être rapportée à la diarrhée qu'avait présentée à diverses reprises la malade?... On sait que les diarrhées, quelle qu'en soit la cause, s'accompagnent toujours de putréfactions intestinales; que ces putréfactions aboutissent parfois à la production d'ammoniaque qui peut provoquer la thrombose des capillaires (thromboses fermentatives) et secondairement des entérites pseudo-membraneuses avec nécrose superficielle de la muqueuse.

Quoiqu'il en soit de l'origine de cette entérite, le point intéressant est que la contraction utérine douloureuse, qui était indubitablement sous sa dépendance, est apparue

en même temps qu'elle, ce qui s'explique par la rapidité avec laquelle les capillaires intestinaux mis à nu ici par l'exfoliation partielle de la muqueuse, pouvaient résorber les toxines intestinales.

Au reste c'est toujours par résorption des toxines intestinales dont un certain nombre ont été démontrées avoir une action convulsivante, que la diarrhée des femmes enceintes paraît agir sur l'utérus pour y déterminer des contractions douloureuses précoces (en exceptant les cas où intervient peut-être une action réflexe).

Tandis que l'influence dans le même sens de la constipation s'exerce d'une autre façon :

Les matières ici sont excessivement dures et ne peuvent que difficilement laisser transsuder les toxines qu'elles enferment.

Mais ces matières sont quelquefois si abondantes qu'elles peuvent comprimer et exciter mécaniquement l'utérus. Elles peuvent, d'autre part, comprimant les veines du petit bassin, produire une congestion de tous les organes pelviens et de l'utérus, cette congestion utérine aboutissant plus ou moins rapidement à la contraction douloureuse de l'organe. Enfin, comme l'a montré Vanni, la coprostase amène dans la constitution du sang des changements qui aboutissent à une augmentation de la quantité d'acide carbonique qu'il renferme, et l'action sur la fibre utérine de l'acide carbonique en excès dans le sang est un fait bien connu.

Chorée gravidique

(In : Thèse de Delage, Paris, 1898).

On admet généralement, au point de vue des rapports des trois grandes névroses, hystérie, épilepsie et chorée avec la grossesse, que l'hystérie n'est ordinairement pas modifiée, l'épilepsie est souvent améliorée, et la chorée presque toujours aggravée.

Nous avons observé un cas, publié dans la thèse de Delage, de chorée existant depuis la première enfance, ayant passé à diverses reprises par des phases trés aiguës, et n'ayant présenté du fait d'une grossesse, qu'une légére reprise pendant les deux premiers mois, tout le reste de la grossesse s'étant passé dans un calme presque complet.

Depuis que ce fait a été publié, nous en avons observé quatre autres presque identiques : chorée ayant débuté de trés bonne heure, ayant eu plusieurs poussées aiguës au moment de la puberté, mais étant restée presque silencieuse pendant la grossesse qui dans tous les cas a été menée jusqu'à terme.

Nous croyons que le pronostic tel qu'il ressort des statistiques (20 °/₀ d'accouchements prématurés, et 30 °/₀ à peu prés de mortalité maternelle !) n'est pas conforme à la réalité. Ici comme pour bien d'autres affections les statistiques se trouvent être très assombries par ce fait que l'on a publié la plupart des cas de mort, tandis que les faits bénins ou d'intensité moyenne ont souvent été passés sous silence : il est incontestable que le pronostic de la chorée pendant la grossesse est plus sérieux que

celui de l'hystérie ou de l'épilepsie dans ces mêmes conditions, mais il ne paraît pas avoir la gravité qu'on lui a attribuée.

Observation de corps étranger de l'utérus introduit dans un but criminel pendant la grossesse et retrouvé après la délivrance.

(Société obstétricale de France, 1901.)

Les corps étrangers les plus divers ont été trouvés dans la cavité utérine : il en existe une liste trés compléte dans la thése de Cassaët (1894). Dans le cas que nous avons rapporté à la Société obstétricale de France, il s'agissait d'un porte-plume en bois, muni de son armature métallique, qu'une jeune femme primipare enceinte de sept mois s'était introduit dans l'utérus pour se faire accoucher prématurément. Accouchement normal, délivrance spontanée... on ne soupçonne rien. Puis, parce que la malade perd on fait une exploration intra-utérine et on trouve le corps étranger appuyant sur le segment inférieur du côté droit et remontant trés haut dans la cavité utérine (il avait 12 centim.); pas de déchirure utérine, suites de couches tout à fait normales.

Ce fait doit rappeler une fois de plus l'attention sur l'existence possible dans l'utérus de ces corps étrangers introduits dans le but de provoquer l'avortement. En présence d'un avortement ou d'un accouchement prématuré qui paraît suspect, il faut y penser ; et mieux vaut faire cent explorations inutiles de la cavité utérine (sous cette réserve bien entendu qu'elles seront faites dans des

conditions d'asepsie parfaite), que d'y laisser insoupçonné une seule fois un corps étranger dont la présence peut avoir des conséquences désastreuses.

Applications de forceps faites à la clinique Tarnier, du 1er novembre 1896 au 31 mars 1899

(En collaboration avec le Dr Louis Dubrisay, *Société obstétricale de France*, avril 1899.)

Dans une période de deux ans et demi (exactement 53 mois) il a été fait à la clinique Tarnier, 236 applications de forceps, ce nombre comprenant en même temps que les applications de forceps délibérées et définitives qui ont terminé l'accouchement, quelques tentatives d'application faites sans conviction et sans grand espoir de réussite, et après lesquelles l'accouchement a été terminé soit par une version soit par une basiotripsie.

Ces 236 applications de forceps nous ont donné 206 enfants vivants et 30 enfants morts en chiffres bruts. Du côté des mères nous relevons 2 morts. L'une était une éclamptique amenée de la ville en travail, avec 40° de température et déjà 15 accès; dès que le col a été suffisamment dilatable on est intervenu et on a extrait un enfant vivant, mais la malade a succombé quelques heures après, ayant eu 25 accès. L'autre, amenée aussi de la ville à terme, en travail, et déjà profondément infectée, avait un bassin généralement rétréci (p. s. p. 10) elle a été symphyséotomisée, accouchée au forceps d'un enfant vivant pesant 3.040 grammes et a succombé 12 heures après l'intervention. A l'autopsie, aucune lésion

traumatique de l'utérus, mais des lésions dégénératives profondes des reins et du foie pour la production desquelles il est évidemment impossible de penser à l'action du forceps !

Ces 236 applications de forceps ont été faites le plus souvent (179 fois) pour insuffisance des contractions, résistance des parties molles et souffrance de l'enfant ; 57 fois il y avait avec ou sans les causes précédentes un rétrécissement plus ou moins prononcé du bassin ; enfin 25 fois sur ces 57 l'angustie pelvienne était suffisante pour que la tête fœtale n'ait pu s'engager ; et le forceps a été appliqué au détroit supérieur.

Nous divisons ces interventions au point de vue des résultats en : forceps au détroit supérieur, forceps dans l'excavation ou au détroit inférieur.

I. — *Forceps au détroit supérieur*

Sur les 25 applications de forceps faites au détroit supérieur, nous notons :

Pour les mères : une mort [c'est la femme amenée du dehors infectée, avec un bassin rétréci, symphyséotomisée, etc. (voir plus haut)].

Pour les enfants : 7 morts. De ces 7 morts nous devons en déduire 3 (un où l'application de forceps n'a pas été décidée délibérément comme l'intervention de choix mais tentée seulement à tout hasard avant de faire la version. Un autre où 2 applications de forceps avaient été tentées en ville et où l'enfant était mort avant l'intervention faite à la Clinique. Un enfin où la femme a refusé au dernier

moment la symphyséotomie qui avait été précédemment décidée, et où l'enfant était mort avant l'application de forceps.

Restent donc 4 enfants morts, soit :

Statistique absolue :

Mortalité maternelle.........	4 °/₀
Mortalité fœtale.............	28 °/₀

Statistique expurgée :

Mortalité maternelle...... .	0
Mortalité fœtale.............	16 °/₀

II. — *Forceps dans l'excavation ou au détroit inférieur.*

Sur les 211 applications de forceps faites dans l'excavation ou au détroit inférieur, la mortalité maternelle a été de 1 (c'est le cas de la femme éclamptique amenée en pleine période d'accès).

La mortalité infantile absolue a été de 23.

Mais de ce nombre 23 nous devons déduire 1 anencéphale, 1 macéré, 4 enfants morts avant que l'on ait pu intervenir. Restent donc 17 enfants morts, soit :

Statistique absolue :

Mortalité maternelle......	0,5 °/₀ environ
Mortalité fœtale...	10,9 °/₀

Statistique expurgée :

Mortalité maternelle	0
Mortalité fœtale..........	8 °/₀

Embolie consécutive à une phlegmatia alba dolens (mort subite).

(En collaboration avec le Dr L. Dubrisay, *Soc. anatom.*, janv. 1897.)

Il s'agit d'une femme amenée à la Clinique en état d'infection. L'accouchement fut terminé par la basiotripsie. Douze jours après elle présenta une phlébite du côté gauche qui occasionna une embolie pulmonaire avec tous ses symptômes classiques ; deux jours après cette embolie apparut une phlébite du côté droit, au 8e jour de laquelle la malade prise subitement de suffocation et des signes d'une grosse embolie, mourut en quelques secondes.

A l'autopsie on trouve l'utérus revenu sur lui-même et ne contenant aucun débris placentaire. Le cœur présente dans sa cavité droite de gros caillots adhérents. Les veines fémorale et iliaque gauches contiennent un caillot adhérent ; à droite les mêmes veines sont oblitérées aussi, mais le caillot n'est pas adhérent ; il est fragmenté par places et paraît tronqué à sa partie supérieure.

Dans les poumons on trouve des infarctus anciens correspondant à la première embolie ; puis au niveau de la bifurcation des branches de l'artère pulmonaire on trouve de gros caillots bifurqués à gauche, trifurqués à droite se prolongeant très avant dans les ramifications artérielles.

Rétablissement de la sécrétion lactée chez une nourrice après huit semaines d'interruption.

(Congrès international de Médecine de 1900. — Section d'obstétrique).

A l'occasion d'une communication de notre maître M. le professeur Budin, au Congrès international de Médecine, nous avons rapporté une curieuse observation de rétablissement de la sécrétion lactée survenu chez une nourrice après une cessation d'allaitement de 8 semaines. Ces faits commencent du reste à être bien connus et sont une nouvelle preuve de la nature de la sécrétion lactée qui est un réflexe dont le point de départ réside dans la succion du mamelon. Dans notre cas il s'agissait d'un nourrisson sevré prématurément, et qui présenta 8 semaines après son sevrage des phénomènes de méningisme; très agité, il criait sans cesse; sa mère eut l'idée de le remettre au sein pour calmer ses cris. Sous l'action des succions le lait qui avait disparu depuis le sevrage remonta peu à peu, et la sécrétion fut bientôt assez abondante pour suffire pendant plusieurs semaines à l'alimentation de l'enfant.

Monstre notencéphale avec ectrodactylie des mains et des pieds. — Alcoolisme invétéré chez le père (planches radiographiques).

(Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris, 1898).

Le fœtus qui fait l'objet de cette communication est un mort-né de 8 mois présentant du côté du crâne de la

notencéphalie, et du côté des membres des malformations intéressantes : aux mains comme aux pieds il n'y a que quatre doigts ; de plus, aux mains il semble qu'il y ait inversion du pouce ; en effet, le doigt le plus volumineux, le plus court et le plus éloigné des autres auxquels il semble opposable est situé sur le bord cubital de la main ; de plus, l'examen radiographique nous montre que ce doigt ne renferme que deux phalanges tandis qu'aux autres doigts nous en voyons trois.

Enfin, tandis qu'aux deux mains et au pied droit l'ectrodactylie paraît être longitudinale, c'est-à-dire que les métacarpiens et le métatarsien manquent en même temps que les doigts et l'orteil correspondant ; au pied gauche l'aspect n'est pas le même : le gros orteil qui manque semble avoir été amputé ; à ce niveau, en effet, il y a un métatarsien sans phalanges avec seulement un petit moignon charnu ; aussi nous sommes-nous demandé (et cette opinion est assez justifiée puisque nous avons d'autre part trouvé des points d'adhérences des membranes au fœtus) s'il ne s'agirait pas là d'une amputation congénitale.

Au point de vue de l'origine de ces malformations congénitales nous vous demandons s'il n'y a pas lieu d'incriminer l'intoxication alcoolique dont nous trouvons le père profondément entaché. On sait l'importance de jour en jour plus grande que l'on attribue à l'alcoolisme à côté de la syphilis dans la genèse des malformations fœtales.

Contribution à l'étude de la prophylaxie de l'ophtalmie purulente des nouveaux-nés.

(*Société obstétricale de France*, 1901.)

Les statistiques des cliniques ophtalmologiques montrent encore aujourd'hui une proportion trop considérable

de nouveaux-nés amenés pour de l'ophtalmie purulente.

Or, s'il y a encore dans la clientèle civile (dans celle des sages-femmes en particulier) de nombreux cas d'ophtalmie purulente des nouveaux-nés dont la cécité définitive est souvent la conséquence, il y a tel service d'accouchements dont la population hospitalière est considérable et n'est pas triée, tant s'en faut, où, grâce aux précautions prises, l'ophtalmie purulente des nouveaux-nés est inconnue. Je veux parler du service de M. le professeur Budin, à la Clinique Tarnier.

Les précautions prises sont les suivantes : elles ont été exposées par M. Budin à diverses reprises et entre autres à la Société obstétricale et gynécologique de Paris, en 1895.

Désinfection de la vulve et du vagin avant l'accouchement, surtout si la parturiente est soupçonnée de vaginite : sur ce point il n'y a pas lieu d'insister ; la nécessité de cette désinfection est de notion courante et elle est généralement pratiquée.

Aussitôt après la naissance, avant la ligature du cordon, lavage soigné des yeux de l'enfant à l'eau boriquée et au savon : puis, instillation sur les conjonctives de 2 ou 3 gouttes de solution de nitrate d'argent à 1/150. C'est là la partie originale du traitement préventif employé et préconisé par M. Budin ; c'est à l'emploi de cette solution qu'il attribue la disparition de l'ophtalmie purulente des services qu'il a eu à diriger. Il est entendu qu'il s'agit ici des ophtalmies purulentes primitives « obstétricales », comme on a dit. Sans doute lorsqu'il a pris en 1895 la direction de la Maternité il a eu à insister sur la nécessité non seulement d'employer la solution de nitrate d'argent à 1/150, mais encore de pratiquer d'une façon plus rigoureuse la désinfection du vagin de la mère et le savonnage

des yeux de l'enfant; mais, en entrant à la Clinique en 1898, il a trouvé un service où les injections vaginales *ante partum* étaient régulièrement faites, où le savonnage des yeux de l'enfant était soigneusement pratiqué; il ne manquait au traitement prophylactique qu'une chose, l'instillation de nitrate d'argent; et il y avait — rarement sans doute mais de temps à autre — un cas d'ophtalmie purulente. Du jour où, il y a trois ans, M. le professeur Budin commença à la Clinique à faire pratiquer ces instillations préventives au lieu de l'insufflation de poudre d'iodoforme par laquelle on terminait, jusqu'à ce moment, le traitement prophylactique, l'ophtalmie purulente disparut complétement, comme à la Charité, comme à la Maternité.

Ce traitement prophylactique si simple et si efficace (et qui n'a, soit dit en passant, aucun des inconvénients de la méthode de Crédé, au point de vue de l'inflammation banale de la conjonctive), ce traitement devrait se répandre, se généraliser partout. Nous souhaiterions le voir employé là surtout où il est le plus nécessaire, dans la clientèle des sages-femmes. Ici on se heurte à une difficulté : le nitrate d'argent en solution à 1/150 qui fait la base du traitement est un produit toxique qui ne peut être prescrit par les sages-femmes!... Ne pourrait-on obtenir pour elles le droit de faire cette prescription, comme on l'a obtenu pour le sublimé? Je sais les difficultés de semblable mesure : mais l'intérêt considérable du résultat à atteindre (supprimer les ophtalmies purulentes congénitales) ne vaut-il pas d'affronter ces difficultés et ne peut-il faire espérer qu'on en triomphera?

Hygiène du nourrisson.

(In : *Revue des maladies de la nutrition*, 1897.)

Cette revue expose les principes d'hygiène applicables à l'enfant pendant sa première année, et réserve surtout une large part aux règles de l'allaitement; que ce soit l'allaitement maternel, qui y est naturellement donné comme étant l'idéal, ou l'allaitement artificiel.

La Crèche du XVIIe Arrondissement.

Comptes rendus annuels. — 1898, 1899, 1900

L'organisation des crèches dans les centres populeux rend les plus grands services non seulement aux mères mais aux enfants.

C'est l'intérêt des mères qui a guidé le fondateur de ces établissements philanthropiques. Ce point de vue, malgré sa grande portée sociale, n'est encore pas, croyons-nous, le principal : Nous pensons que c'est l'enfant qui bénéficie le plus des avantages de ces institutions lorsqu'elles sont bien organisées et bien dirigées.

La Crèche ne doit pas être une simple garderie où l'enfant est surveillé, soigné, nourri comme il serait chez lui si sa mère pouvait l'y conserver, mais un asile où tout a été disposé pour qu'*il se trouve mieux qu'il ne serait chez lui*, dans les conditions de propreté, d'aération, de nourriture, d'hygiène en un mot, qui sont nécessaires à son bon développement et qu'il ne trouve pas chez lui. C'est ce que nous avons cherché à réaliser dans la cré-

che du XVIIe arrondissement dont la direction médicale nous a été confiée et dont nous publions chaque année les résultats.

Nous y recevons autant que possible des *nourrissons ;* c'est sur eux que notre influence peut le plus heureusement s'exercer. Nous engageons les mères à leur conserver autant que possible les bienfaits de l'allaitement maternel, sinon exclusivement du moins partiellement.

Les mères, quelque occupées qu'elles soient, trouvent ordinairement le temps de venir une fois au milieu de la journée donner le sein à leurs bébés qu'elles allaitent d'autre part chez elles la nuit. Le complément de nourriture de ces nourrissons est fait avec du lait stérilisé ; c'est naturellement ce même lait que nous donnons aux enfants dont les mères n'ont absolument pas de lait ou sont dans l'impossibilité de venir à la crèche au milieu du jour.

Grâce à la réglementation méthodique de cet allaitement, nous sommes arrivés à ce résultat, que *la diarrhée, la gastro-entérite sont choses inconnues à la crèche.*

Pendant les mois de juillet et août derniers, notammant, alors que la mortalité infantile par troubles gastro-intestinaux s'est accrue à Paris de façon effrayante, alors que partout on entendait parler de choléra infantile, de diarrhée toxi-infectieuse enlevant les enfants avec une terrifiante rapidité, nous avions dans notre crèche 0 de mortalité, 0 de morbidité. Ces résultats peuvent être placés à côté de ceux obtenus à la clinique Tarnier pour sa consultation des nourrissons par notre maître M. le professeur Budin ; à Paris encore par MM. les docteurs Variot, Maygrier, Dubréray père, Boissard, Berlioz, de Rotschild ; à Fécamp par M. le docteur Dufour ; à Réthel par notre ami le docteur Drappier, etc...

Grâce à l'ensemble des soins que nous donnons à nos nourrissons, nous abaissons la mortalité infantile de notre milieu à 2,86 % alors qu'elle est autour de nous de 20 à 25 % ; c'est un résultat assez notable pour mériter d'être signalé.

Abcès rétropharyngiens idiopathiques des enfants (adénite rétropharyngienne aiguë suppurée). Leur fréquence ; leur terminaison par la mort subite ; leur traitement.

(Thèse inaugurale, Paris 1896.)

L'abcès rétropharyngien idiopathique des enfants est une affection beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement. Il passe trop souvent inaperçu parce qu'on n'est pas assez prévenu de sa fréquence et qu'on ne pense pas à le rechercher. Bien souvent il constitue une trouvaille d'autopsie.

La notion qui domine l'étiologie est celle de l'infection, infection se faisant par voie sanguine ou lymphatique. Quelquefois l'inoculation est directe : l'agent pyogène venu du dehors est apporté directement par une brèche faite à la muqueuse pharyngée : il n'est pas rare alors que l'abcès soit un véritable phlegmon développé primitivement dans le tissu cellulaire rétropharyngien au lieu d'être comme dans tous les autres cas un adénophlegmon. Dans cette catégorie doivent rentrer les *abcès rétropharyngiens se développant chez des nourrissons dont les nourrices sont atteintes de galactophorite.* Les excoriations bucco-pharyngées sont fréquentes chez le nourrisson, et l'on comprend aisément que si ces deux conditions se trouvent remplies, galactophorite de la

nourrice et excoriations buccopharyngées du nourrisson, l'abcès rétropharyngien ait de grandes chances de se développer par contage direct.

Très grave lorsqu'il reste méconnu et non traité, il guérit presque toujours par l'incision et l'évacuation du pus. *Il est peu de maladies où le sort du malade soit d'une façon aussi absolue entre les mains du médecin.*

La mort, qui se produit presque constamment quand il est abandonné à lui-même, n'arrive pas toujours lentement, causée par une asphyxie progressive due au développement continu de l'abcès, ou par l'évolution régulière d'une complication quelconque. Elle peut survenir brusquement, subitement.

Cette mort subite, qui peut arriver à un moment quelconque du cours de la maladie, se produit quelquefois au moment même de l'incision de l'abcès et — apparemment — à son occasion. Dans l'un comme dans l'autre cas, elle paraît due soit à un spasme de la glotte, soit à des phénomènes inhibitoires dont le point de départ se trouverait dans une irritation des terminaisons nerveuses de la muqueuse, ou dans une *compression brusque* des gros troncs nerveux du cou.

Dans quelques cas, c'est une hémorrhagie abondante qui en est la cause.

En face du pronostic, tout à fait alarmant, de l'abcès rétro-pharyngien laissé à lui-même, une obligation s'impose au médecin : intervenir dans tous les cas qui se présenteront à lui. Et la crainte d'une mort subite, toujours possible, doit rendre cette intervention prompte, hâtive, sitôt établi le diagnostic.

Deux voies peuvent conduire sur l'abcès pharyngien :

L'une directe, buccale.

L'autre indirecte, cervicale.

Simple, facile et suffisante dans la majorité des cas, l'*incision buccale constitue la méthode de choix.*

D'une technique assez délicate, difficile sans l'emploi du chloroforme (qui constitue, lui, un réel danger chez un enfant déjà asphyxiant), et laissant une cicatrice désagréable, l'incision externe sera réservée à quelques rares cas.

a) L'abcès pharyngien est trop bas, inaccessible.

b) La contracture des masséters rend impossible l'ouverture de la bouche.

c) Il y a une artère superficielle au-devant de l'abcès; ou cet abcés est latéro-pharyngien.

On fera précéder l'incision buccale d'une ponction du prolongement cervical de l'abcès, si la collection très volumineuse fait craindre des accidents au moment de l'incision.

En présence de phénoménes subits d'apnée et de syncope dans un cas d'abcés rétro-pharyngien, on ne se contentera pas de faire des flagellations, de la respiration artificielle, des tractions rythmées de la langue....., etc., on tentera encore l'*électrisation du diaphragme*, et l'*intubation du larynx*, les accidents pouvant être dus à des phénomènes innihitoires ou à du spasme de la glotte.